



Advocacy | Education | Community

**Nombre de niño/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de niño/a:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Por favor firme este formulario para permitirnos conectarnos o tener una conversación sobre su hijo/a y sus necesidades en esta emocionante transición al kinder. Somos padres que hemos caminado en sus zapatos y tenemos herramientas, consejos y apoyo para compartir. NW Disability Support y MECP están trabajando juntos en el programa Preparándose para el Kinder, un esfuerzo de colaboración para prepararse para la transición al kinder.

NW Disability Support se comunicará con usted para tener una conversación sobre las habilidades y necesidades de su hijo/a, lo que imagina para su experiencia en el kinder y ver cómo podemos apoyarlo/a.

NW Disability Support ofrece conexiones de padre a padre, recursos de mejores prácticas, entrenamiento y reuniones de videollamadas para crear un portafolio que refleje su visión para su hijo/a y su familia. Si elige ser parte del programa, al firmar este formulario nos da su autorización para compartir su información. La información incluye el IFSP, servicios solicitados y apoyo.

**Nombre (s) de padre /madre tutor:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico del niño/a:** \_\_\_\_\_

**Distrito escolar del niño/a:** \_\_\_\_\_

**Fortalezas e intereses del niño/a:** \_\_\_\_\_

Autorizo a MECP y NW Disability Support a intercambiar información sobre el niño/ la niña / estudiante mencionado anteriormente. El permiso es válido desde la fecha de la firma.

**Firma de Padre / Madre / Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_